

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

AUTORIZACION PARA COMUNICAR INFORMACION DE SALUD

PROGRAMA DE EXCEPCION DEL MEDICAID "BRIDGES TO HEALTH (B2H)" DE SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD

NOMBRE DEL NIÑO(A) (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL MEDIA):		
FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	No. CIN de MEDICAID:

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud respectiva a mi cuidado y tratamiento sea comunicada según lo establece este formulario. De acuerdo a la Ley del Estado de Nueva York, la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Contabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA por su sigla en inglés), y la ley y las regulaciones federales de Privacidad, 42 USC § 290dd-2, 42 CFR Parte 2, yo comprendo que:

1. Esta autorización puede incluir la comunicación de información relacionada al tratamiento contra el ALCOHOL y/o el ABUSO DE DROGAS, TRATAMIENTO MENTAL, excepto notas de psicoterapia, e información CONFIDENCIAL DE VIH* solamente si yo escribo mis iniciales en la línea apropiada en el artículo 9(a). En caso de que la información de salud descrita abajo incluya cualesquier de estos tipos de información, Y que yo escriba mis iniciales sobre la línea en el artículo 9(a), yo autorizo específicamente la comunicación de esa información solamente con la(s) persona(s) u organización/organizaciones indicada(s) en el Artículo 8.
2. Si autorizo la comunicación de información relacionada a VIH, tratamiento contra el alcohol y/o el abuso de drogas, o tratamiento de salud mental, se le prohíbe al beneficiario(a) de esa información que comunique esa información sin mi autorización, a menos que lo permita la ley federal o estatal. Cualquier información comunicada a través de este formulario, con respecto a información de VIH, tratamiento contra el alcohol y/o el abuso de drogas debe estar acompañada de una notificación con respecto a la prohibición de diseminar esa información. Yo comprendo que tengo el derecho de pedir una lista de las personas que puede que reciban o usen mi información sobre VIH sin autorización. Si soy discriminado debido a la comunicación o diseminación de información relacionada a VIH, yo puedo contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, presentando una notificación por escrito sobre mi decisión de revocar el consentimiento al individuo, a la entidad o al proveedor(a) de salud listado abajo. Yo comprendo que puedo revocar esta autorización excepto en los casos en que alguna acción ya haya sido tomada basándose en esta autorización.
4. Yo comprendo que la firma de esta autorización es voluntaria, y que no tengo que firmar esta autorización. Mi declinación a firmar no afectará la habilidad de obtener tratamiento aparte del Programa de Excepción del Medicaid "Bridges to Health (B2H)" de Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad. Sin embargo, mi declinación a firmar esta autorización puede que afecte información de salud disponible para determinar la elegibilidad a beneficios o la disponibilidad de servicios bajo el Programa de Excepción del Medicaid B2H. Mi tratamiento, cobertura, inscripción en un plan de salud, o mi elegibilidad para otros beneficios, no será acondicionada en base a mi autorización para diseminar información.
5. La información (excepto los tipos de información anotados en el Artículo 2) comunicada bajo esta autorización puede que sea diseminada por el beneficiario(a), y la diseminación de esa información puede que ya no esté protegida por ley federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA LA DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN DE MI SALUD O CUIDADO MÉDICO CON NINGÚN OTRO INDIVIDUO, ENTIDAD O AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL ARTÍCULO 9(b).**

7. Nombre y dirección <u>completa</u> del proveedor(a) de salud o entidad que comunicará esta información:	
8. Nombre y dirección <u>completa</u> de la(s) persona(s) o categoría de persona, organización, establecimiento o programa a quien esta información debe ser enviada:	
9 (a). Especifique la información que como mínimo debe ser compartida:	
<input type="checkbox"/> Registros médicos desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____	
<input type="checkbox"/> Registros médicos completos, incluyendo historiales del paciente, notas (excepto notas de psicoterapia), resultado de exámenes, estudios de radiología, rayos X, referencias, consultas y registros médicos de otros proveedores de salud.	
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	Incluido: (Indique con iniciales)
<input type="checkbox"/> Registros del seguro	_____ Alcohol/Abuso de Drogas
<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____ Tratamiento Mental
<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____ Información relacionada a VIH
Autorización para discutir información de salud	
9 (b). <input type="checkbox"/> Estas iniciales _____ autorizan a _____ a que discuta mi información con _____	
(INDIVIDUO, ENTIDAD O NOMBRE DE AGENCIA GUBERNAMENTAL)	
10. Razón para compartir información: <input type="checkbox"/> Participación en el Programa de Excepción B2H <input type="checkbox"/> Otro: _____	11. Fecha o evento que expira esta autorización:
12. Nombre de la persona que firme el formulario, además del niño(a)/paciente/cliente:	Relación/Autoridad para firmar en nombre de, o además del niño(a)/paciente/cliente:

Todos los artículos en este formulario deben ser completados, y mis preguntas sobre este formulario deben ser contestadas. También se me ha provisto una copia de este formulario.

Firma del niño(a)/paciente/cliente:	Fecha:
Firma del padre/madre del niño(a) o representante autorizado por la ley:	Fecha:
Testigo:	Fecha:
Nombre del Testigo (Letra de Imprenta):	

** Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información, la que razonablemente podría identificar a una persona que tenga síntomas de VIH o infección e información respecto a contacto con personas.*

Original – Agencia de Integración del Cuidado de Salud; Copia – Departamento de Servicios Sociales Local (LDSS, por su sigla en inglés) o División de Justicia Juvenil y Oportunidades para la Juventud (DJJOY, por su sigla en inglés), Agencia de Planificación de Casos